



Behandlungsqualität wird immer besser

KZVB unterstützt Zahnärzte bei der Qualitätsprüfung

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben 2022/2023 zum dritten Mal die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen durchgeführt. Geprüft wurde die qualitätsgerechte Erbringung von Überkappingsmaßnahmen. Das erfreuliche Ergebnis: Die Qualität hat sich weiter verbessert. Die bayerischen Zahnärzte haben bundesweit den niedrigsten Wert bei der Gesamtnote c (erhebliche Qualitätsdefizite). 80 Prozent der überprüften Fälle wurden mit der Bestnote a bewertet.

Die Beurteilung der Qualität ist eine reine Dokumentationsprüfung. Deshalb bewahrheitet sich erneut das Zitat des römischen Staatsmannes Caius Titus: „Gesprochenes ist ohne Dauer, Geschriebenes aber bleibt bestehen.“

Auch bei der Qualitätsprüfung 2022/2023 wurde die schriftliche Dokumentation zu Befund und Therapie und die bildliche Dokumentation geprüft. Andere Gesichtspunkte zur Beurteilung der Behandlungsqualität werden nicht berücksichtigt. Aufgrund der dadurch bestehenden Bedeutung der Dokumentation und weil im Herbst 2023 die vierte zahnärztliche Qualitätsprüfung ansteht, weist die KZVB ihre Mitglieder erneut auf die Verpflichtung und den Nutzen einer guten Behandlungsdokumentation hin.

Funktionen der Dokumentation

Die ursprüngliche Funktion der Dokumentation ist die Gedächtnisstütze für den Behandler. Damit werden wesentliche Vorgänge der Behandlung festgehalten.

Bis zum Jahr 1978 bestand gegenüber dem Patienten hierzu keine Verpflichtung. Der Bundesgerichtshof hat dann in einem wegweisenden Urteil entschieden, dass auch gegenüber dem Patienten die Verpflichtung zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation besteht. Damit wurde eine grundlegende Änderung der Bedeutung der ärztlichen und zahnärztlichen Dokumentation eingeführt.

Die Dokumentation dient auch als Information für den Nachbehandler und den Patienten, der nach der Rechtsprechung (seit einigen Jahren auch gesetzlich garantiert) ein Einsichtsrecht (§ 630f BGB) besitzt. Die Dokumentation hat ebenso beweisrechtliche Funktionen in vielseitiger Hinsicht und dient als Abrechnungsnachweis, insbesondere bei gesetzlich versicherten Patienten. Wer gut dokumentiert, hat viele Vorteile: Eine ordnungsgemäße Dokumentation sichert den Honoraranspruch, schützt vor Kürzungen, Regressen, unberechtigten zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen und belegt die Qualität der Versorgung.

Dokumentationsbestandteile

Was gehört alles zu einer Patientenakte? Dokumentationsbestandteile sind:

- Karteikarte (analog oder digital)
- Röntgenbilder (analog oder digital)
- Fotos/Videos über die Behandlung
- Modelle
- Rechnungen
- Briefe und Schriftverkehr im Zusammenhang mit der Behandlung.

Mittlerweile ist die digitale Behandlungsdokumentation anerkannt. Die Originalkarteikarte besitzt jedoch weiterhin einen sehr hohen Beweiswert vor Gericht als sogenannter Urkundenbeweis. Bei der digitalen Form liegt keine Urkunde im rechtlichen Sinne vor. Ein Computerausdruck ist lediglich eine Reproduktion des elektronisch gesicherten Dokumentes. Elektronische Dokumente und deren Ausdruck sind vor Gericht nur Objekte des Augenscheines. Die Rechtsprechung erkennt jedoch mittlerweile der digitalen Form einen ähnlich hohen Beweiswert wie der Urkunde

zu, sofern ein veränderungssicheres Dokumentationssystem verwendet wird, das eine nachträgliche Veränderung des Inhaltes, ohne dass dies ersichtlich wird, ausschließt. Dies ist ein Indiz für die Unverfälschbarkeit.

Dokumentationspflichten

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Dokumentationspflicht der Behandlung bei privat und gesetzlich Versicherten grundsätzlich gleich ist. Sowohl mit dem gesetzlich als auch mit dem privat versicherten Patienten kommt ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag (§ 630a BGB) zustande. Gemäß § 630f BGB ist der Behandler verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte zu führen. Es gibt noch eine Vielzahl weiterer auch berufsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften, die den Zahnarzt hierzu verpflichten. Beispielhaft sei hier die BO (Berufsordnung für die Bayerischen Zahnärzte) §§ 294 – 295 SGB V, § 8 Abs. 3 BMV-Z genannt. Auch aus dem Strahlenschutzgesetz ergeben sich Dokumentationspflichten (§ 85 StrlSchG).

Dokumentationsinhalte

Was muss der Zahnarzt dokumentieren?
In § 12 BO heißt es hierzu:

Der Zahnarzt ist verpflichtet, über die (...) gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen chronologisch und für jeden Patienten getrennt anzufertigen.

Sozialversicherungsrechtlich wird dies in den §§ 294 f SGB V und § 8 Abs. 3 BMV-Z konkretisiert: „... in den Abrechnungsunterlagen (...) sind die von ihm erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung... bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen ...“

Es muss somit für jeden Patienten in chronologischer Reihenfolge über die gemach-

ten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen eine eigene Patientenakte geführt werden. Dabei müssen die erbrachten Leistungen mit Zahnbezug und Befunden aufgezeichnet werden. Da die Dokumentation bei GKV-Versicherten häufig auch als Abrechnungskartei genutzt wird, muss Folgendes enthalten sein:

Als Abrechnungskartei:

- Behandlungsdatum
- Zahnangaben
- Leistungsziffern (BEMA, GOZ)

Als Patientenkartei:

- Anamnesebogen, Leistungsziffern (BEMA, GOZ), Zahnangaben, Beratungsinhalte, Risikoaufklärung, wirtschaftliche Aufklärung, ggf. Aufklärung zum Recallsystem
- Diagnosen, Befunde (auch Röntgenbefunde), Materialien/Werkstoffe, Aufbereitungslängen bei Endo
- Befundberichte, Datenschutzerklärung, Medikamentenlisten, Laboraufträge

Im Detail bedeutet dies:

Die Dokumentation muss alle wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse (insbesondere Anamnese, Diagnose, Untersuchung, Ergebnis inkl. Röntgenbilder und OPG, Therapien, Eingriffe, Einwilligung und Aufklärung) enthalten. Das heißt, für einen Außenstehenden muss die komplette Behandlung nachvollziehbar sein.

Folgende Beispiele zeigen, was bei bestimmten Behandlungsmaßnahmen bei der Dokumentation erforderlich sein kann (Aufzählung nicht abschließend):

- **Ä1:** Inhalt der Beratung
- **Vipr:** Methode und Ergebnis (+,-,?)
- **üZ:** Zahn, Medikament
- **bMF:** Art (Blutstillung, Keil, Faden ...) Füllungen: Flächen, Materialien
- **Endo:** Aufbereitungsmaße, Materialien, Besonderheiten
- **Anästhesie:** Medikament, Menge
- **Chirurgie:** Tätigkeit, Aufwand (z. B. Zysten ...)
- **N, XN:** Maßnahmen
Mu: Grund, Bereich, Medikament
sk: Zahn/Bereich, Grund (scharfe Kante, Druckstelle ...)
Rö: Aufnahmen mit Befundung

Weitere Empfehlungen:

- Name des Eintragenden (Kürzel)
- Evtl. „non compliance“ des Patienten
- Auffälligkeiten, persönliche Anmerkungen
- Evtl. Behandlungsabbruch
- Evtl. Erhalt und Herausgabe von Röntgenbildern (Empfangsbestätigung des Patienten)
- Falls ungebräuchliche Abkürzungen verwendet werden: Auflistung
- Feedback des Patienten (negativ und positiv)

Formerfordernisse

Wie bereits erwähnt, sind sowohl die handschriftliche als auch die EDV-Karteikarte mit einem veränderungssicheren Softwaresystem zulässig, um den erforderlichen Beweiswert zu erhalten. Weiter sollte Folgendes beachtet werden:

Die Dokumentation sollte

- leserlich und
- in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung geschrieben werden.
- Dabei ist möglichst auf neutrale und sachliche Formulierungen zu achten.
- Unstimmigkeiten sind zu vermeiden.
- Nachträgliche Änderungen sind möglich, jedoch mit Zeitangabe und Autor zu kennzeichnen, damit der ursprüngliche Inhalt erhalten bleibt und die Änderung ersichtlich wird (Anm.: Ansonsten könnte bei einer analogen Karteikarte der Vorwurf der Urkundenfälschung erfolgen bzw. bei digitaler Karteikarte der Beweiswert verloren gehen).

Aufbewahrungspflichten

Die Patientenakte ist zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, § 630f Abs. 3 BGB. Für Röntgenbilder gilt Folgendes: Aufbewahrung zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung; bei Personen unter 18 Jahre bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres (früher § 28 Abs. 3 RöV; jetzt § 85 StrlSchG). Für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen: 30 Jahre nach der letzten Behandlung, § 85 StrlSchG.

Einsichtnahmerecht und Herausgabepflicht

Die Patientenakte ist Eigentum des Zahnarztes. Der Patient kann die Aushändigung seiner Patientenakte nicht verlangen. Dem Patienten steht jedoch ein Einsichtnahmerecht in die Patientenakte grundsätzlich zu (§ 630g Abs. 1 BGB). Der Patient kann gegen Kostenerstattung auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen (§ 630g Abs. 2 BGB). Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien gegen Erstattung der Kosten herauszugeben (§ 12 Abs. 3 BO). Mit Einverständnis des Patienten hat der Zahnarzt einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Arzt oder Zahnarzt zur Information Kopien zu überlassen (§ 12 Abs. 3 Berufsordnung für Bayer. ZÄe). Röntgenbilder, Aufzeichnungen, digitale Bilddaten und Untersuchungsdaten sind einem Nachbehandler vorübergehend zu überlassen (§ 85 Abs. 3 StrlSchG).

Konsequenzen einer mangelnden Dokumentation

Einer nach den vorgenannten Grundsätzen geführten Dokumentation wird von der Rechtsprechung ein hoher Beweiswert zugebilligt. Dies bedeutet: Bis zum Beweis des Gegenteiles gilt grundsätzlich der Inhalt der Dokumentation. Ein großes und wichtiges Privileg für die Behandler! Umso einschneidender sind die Konsequenzen bei einer fehlenden, mangelnden oder neudeutsch sogenannten „Unterdokumentation“. Sie betreffen mehrere Rechtsgebiete. Die Folgen können sozialrechtlicher, zivilrechtlicher, aber auch strafrechtlicher Natur sein. So hat das Bayerische Landessozialgericht bereits im Jahr 2002 festgestellt (Bay LSG, AZ. L12 KA 509/99):

„Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er die Leistungen nicht erbracht hat. Es obliegt dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen.“

Der Vertragszahnarzt riskiert damit, dass er sein Honorar nicht erhält oder im Nachhinein Honorarberichtigungen ausge-

sprochen werden, obwohl er die Leistung erbracht hat. Denn der Vertragszahnarzt besitzt gegenüber dem Patienten und der KZV sowie Krankenkasse nur dann einen Leistungsanspruch, wenn er die Erbringung der Leistung im Zweifelsfall beweisen kann.

Im Bürgerlichen Gesetzbuch steht: Das Fehlen eines Vermerkes indiziert, dass die aufzeichnungspflichtige Maßnahme unterblieben ist (§ 630h Abs. 3 BGB). Gleiches gilt im Übrigen, wenn Behandlungsunterlagen aus ungeklärten Gründen verschwunden sind. Auch der Bundesgerichtshof hat die indizielle Wirkung der Dokumentation wiederholt bestätigt. Ohne die erforderliche Dokumentation drohen haftungsrechtliche Konsequenzen. Zwar ist grundsätzlich der Patient hinsichtlich eines vorgeworfenen Behandlungsfehlers beweisführungspflichtig. Eine mangelhafte Dokumentation führt jedoch zu Beweiserleichterungen für den Patienten bis hin zur Beweislastumkehr. Hinsichtlich der Durchführung einer ordnungsgemäßen Risikoauflklärung hat ohnehin der Zahnarzt die Beweisführungspflicht. Ohne entsprechende Dokumentation muss der Zahnarzt auf andere Beweismittel zurückgreifen. Da Haftungsprozesse meistens erst Jahre später stattfinden, ist dies nicht so einfach. Die Zeugenaussage eines Mitarbeiters nach längerer Zeit ist da häufig wenig Erfolg versprechend.

Zahlreiche Überprüfungen zielen nur auf die Dokumentation ab. Bei einer ordnungsgemäßen Dokumentation ist von einer richtlinienkonformen Behandlung auszugehen (z. B. Prüfungen aufgrund des Sicherstellungsauftrages der KZVen gem. §§ 72 und 75 SGB V, Qualitätsprüfungen).

Die Qualität in der vertragszahnärztlichen Behandlung wird bei Überprüfungen bislang ausschließlich anhand der Dokumentation beurteilt. Geprüft wird häufig die Prozessqualität der Dokumentation (Anamnese, Befund, Therapie) und nicht das tatsächliche Behandlungsergebnis. Dabei wird unterstellt, dass der Zahnarzt, der seine Behandlung gut dokumentiert, auch eine gute Behandlungsqualität erbringt. Auf einen Nenner gebracht: Dokumentation = Qualität! In der vertragszahnärztlichen Versorgung gibt es bei

den Qualitätssicherungsverfahren gemäß § 135b Abs. 2 SGB V bislang keine Vergütungsabschlüsse. Ein Blick in die stationäre Versorgung zeigt jedoch, wohin sich der Zug bewegt. In der stationären Versorgung können im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren bei einer sogenannten Unterdokumentation (dies bedeutet, es wurde nicht entsprechend der erforderlichen Vorgaben dokumentiert) Vergütungsabschlüsse erfolgen. Hier bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

Qualitätssicherung/ Qualitätsprüfung

An dieser Stelle möchten wir aufgrund der Aktualität und der gemachten Erfahrungen nochmals intensiv auf die neuen Qualitätssicherungsverfahren in der GKV eingehen. Gemäß § 135b Abs. 2 SGB V sind die KZVen dazu verpflichtet, die Qualität der in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Eine solche Qualitätsprüfung wurde bislang erst zweimal durchgeführt und muss nunmehr jährlich erfolgen. Die Prüfung erfolgt ausschließlich anhand der dem konkreten Thema der QB-RL (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie) zuzuordnenden Dokumentation. Thema der aktuellen Qualitätsprüfung ist die „indikationsgerechte Erbringung der Cp/P-Leistungen als pulvitalerhaltende Maßnahmen“.

Bei dieser Überprüfung wird die Dokumentation der zu überprüfenden Fälle nach einem vorgegebenen Kriterienkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses bewertet. Die Qualität der Dokumentation entscheidet darüber, ob weitere „Maßnahmen zur Förderung der Qualität“ erforderlich sind.

Unabhängig von der Bewertung dieser Prüfmethode hat das zuständige Prüfungsgremium (Qualitätsgremium) Erfahrungen mit der eingereichten Dokumentation in den bisher durchgeführten Überprüfungen gemacht. Leider haben einige Zahnärzte lediglich eine reine Abrechnungsdokumentation eingereicht. Dies bedeutet, die Dokumentation enthielt nur Angaben zum Behandlungsdatum, die Zahnangaben und die abgerechneten Leistungsziffern der Gebührenordnung. Dies ist nicht die

erforderliche Behandlungsdokumentation. Mit einer reinen Abrechnungsdokumentation muss nach dem vorgegebenen Bewertungsschema die Bewertung „erhebliche Qualitätsdefizite“ erfolgen. Bei der Behandlungsdokumentation müssen neben den durchgeführten Maßnahmen auch die Ergebnisse festgehalten werden. Wenn beispielsweise vor der Überkapungsleistung die erforderliche Vitalitätsprüfung durchgeführt wird (BEMA Ziffer 08 [ViPr]), so bedarf es auch eines Ergebnisses. Sicherlich dürfen keine überzogenen Anforderungen gestellt werden. Ein „+, – oder ?“ wäre ausreichend. Wenn jedoch in der Dokumentation das Ergebnis dieser Diagnosemaßnahme gar nicht dokumentiert wird, so ist die Durchführung sinnentleert. Auch dies hat automatisch eine schlechte Bewertung in der Qualitätsprüfung zur Folge. Neben ande-

ren qualitätsfördernden Maßnahmen bedeutet dies nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgestellten Maßnahmenkatalog für die Praxis, dass auch eine Wiederholungsprüfung im übernächsten Jahr zwingend erfolgen muss!

Die KZVB ist überzeugt, dass die Behandlungsqualität der bayerischen Zahnärzte außerordentlich hoch ist – auch im internationalen Vergleich. Bei den gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses durchzuführenden Qualitätsprüfungen wird die Qualität aber nur ersichtlich, wenn entsprechend der gemachten Vorgaben dokumentiert wird. Damit die Zahnärzte hier Unterstützung für eine ordnungsgemäße Dokumentation bekommen, haben wir speziell für diese Qualitätsprüfung eine Musterdokumentation entworfen. Sie finden diese auch auf kzvb.de.

Fazit

Dokumentation ist mit viel Aufwand verbunden. Dieser lohnt sich aber. Die Bedeutung der Dokumentation hat in den letzten Jahren zugenommen und wird unseres Erachtens weiter zunehmen. Wer sein Honorar sichern, sich vor Berichtigungen und Regressen schützen möchte, gute Erfolgsaussichten bei geltend gemachten Haftungsansprüchen der Patienten und seine Behandlungsqualität bestätigt haben will, muss dokumentieren.

Nikolai Schediwy
Rechtsanwalt (Syndikusrechtsanwalt)
Fachanwalt für Medizinrecht
KZVB-Geschäftsführer
Leiter Geschäftsbereich Qualität

Musterdokumentation konservierende Behandlung

Seite 1

Patient: Elfriede Mustermann			geb.: 04.07.1981	Krankenkasse: BKK XYZ:																																																											
Datum	Zahn	Bema	Behandlung/Bemerkung:																																																												
05.06.18			Neue Patientin, seit 3 Jahren nicht mehr beim Zahnarzt, will Untersuchung und Beratung wegen Lücke links unten. Beschwerden rechts oben – manchmal leicht temperaturempfindlich. Anamneseeblatt besprochen: leichte Hypertonie RR unter Medikation o.B. sonst keine Erkrankungen, keine Allergien, nicht schwanger.																																																												
	OK, UK	U	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>f</td><td>c</td><td></td><td>c</td><td>c</td><td>c</td><td>c</td><td>c</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>l.d.</td><td></td><td></td><td>c</td><td>c</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>c</td><td>f</td><td>f</td><td></td><td></td></tr> </table> Zst: X Mu: X multiple kariöse Defekte Mundhygiene verbesserungsbedürftig, generalisierte Gingivitis Schleimhaut sonst unauffällig KG und Muskulatur unauffällig			f	c		c	c	c	c	c			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	l.d.			c	c							c	f	f		
f	c		c	c	c	c	c																																																								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																
l.d.			c	c							c	f	f																																																		
	OK, UK	PSI	<table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>S1</td><td>S2</td><td>S3</td></tr> <tr><td>S4</td><td>S5</td><td>S6</td></tr> <tr><td>2</td><td>3</td><td>2</td></tr> </table> UKFront Tiefe bis 5 mm; generell keine Lockerungen			2	2	2	S1	S2	S3	S4	S5	S6	2	3	2																																														
2	2	2																																																													
S1	S2	S3																																																													
S4	S5	S6																																																													
2	3	2																																																													
	OK, UK	ViPr	CO2: Zahn 24 und 25 fraglich Zahn 37 keine Reaktion, sonst alle Zähne +; Zahn 16 ++!																																																												
	re + li	1x R02	Bisstügel: Befunde: 16 mesial pulpanahe Karies, 24 distal pulpanahe Karies, 25 WF, 26 distal Karies, 37 WF, 34 mesial Karies, 44 distal Karies, 45 mesial und distal Karies, 48 retiniert. Generell leichter Knochenabbau, keine Knochentaschen.																																																												
	24, 25, 37	1x R02	ZF: Befunde: 24 distal pulpanahe Karies, apikal o.B., 25 unvollstg. WF, apikal o.B. ZE: Befunde: 37 vollständige WF, apikal o.B. Bemerkung: Zusatzl. Rö aus differenzialdiagnostischen Gründen Pat. über Befund, Rö, PSI und PZR aufgeklärt. Behandlungsbedarf: Kons. und evtl. PAR, ZE links UK nötig (Brücke) Nähere ZEPanung nach Vorbehandlung. Nächster Schritt: Füllungssanierung, zuerst Zahn 16, da jetzt Beschwerden. Patient möchte neuen Termin.																																																												

Seite 2

Patient: Elfriede Mustermann			geb.: 04.07.1981	Krankenkasse: BKK XYZ:	
Datum	Zahn	Bema	Behandlung/Bemerkung:		
11.06.18			Leichte Beschwerden an Zahn 16 unverändert. Auswahl Füllungsmaterial + evtl. Mehrkosten mit Patient besprochen; Aufklärung Anästhesie – soll nicht Auto fahren! Anästhesiedauer ca. 2 Stunden und mehr; solange nichts essen, Cave – Bissverletzung! Keine heißen Getränke! Kältespray: ++ Zahn nicht perkussionsempfindlich, nicht gelockert, keine Taschen Inf.Anästh. 1 Zyl.Amp. «Produktname» 16 BMF Stillung Papillenblutung mit «Produktname», Faden, Matritze, Keil 16 CP Pulpanahe Präp., keine Perforation, Medikament: «Produktname» 16 F2 UF mit «Produktname», Flg. 2flächig mes. okkl. m. «Produktname»; Pat. aufgekl.: Zahn kann noch einige Tage temp. und aufbissempf. sein, bei Dauerschmerzen sofort kommen! OK, UK ZST 1728, 3837, 3447 alle Zähne Zahnstein entfernt		
	16	ViPr	Zahn 16 noch leicht temperaturempfindlich. Schmerzen Gingiva UKFront (neue Beschwerden) Kältespray: -, Okklusion und Artikulation 16 kontrolliert: o.B. «Produktname», Diagn.: Gingivitis		
	16	Mu	08.00 Uhr: Patient ruft an – hatte vergangene Nacht starke Schmerzen am behandelten Zahn; Chef: Patient soll Schmerztabletten nehmen und gegen Mittag in die Praxis kommen zur Untersuchung der Schmerzursache		
	16	ViPr	11.30 Uhr: Kältespray: +++, Zahn stark perk.empf. horizontal und vertikal, leichte Lockerung! Pat. aufgeklärt: Entzündung der Pulpa, Wurzelbehandlung nötig; Alternative: Entfernung des Zahnes. Zunächst Rö. notwendig.		
	16	R02	Befund: pulpanahe Flg., 3 gerade Kanäle, m. b. leicht erweiterter PARSpalt, sonst keine apic. oder marg. Knochenveränderung		
	16	I	Inf.Anästh. 1 Zyl.Amp. «Produktname» Aufklärung Anästhesie: Patient soll nicht Auto fahren! Anästhesiedauer ca. 2 Std. und mehr; solange nichts essen; Cave – Bissverletzung! Keine heißen Getränke!		
	16	ViE x4	4 Kanäle (2x m. bucc.) VitaExtinction, Blutstillung m. Papierspitzen		
	16	Med	Medikament «Produktname» in alle 4 Kanäle, temp. Verschluss mit «Produktname» Aufklärung: ViE ist nur Beginn der WB (Freitag mittags!), möglichst schnell Folgetermin! Nachschmerzen möglich, Schmerztabletten nehmen oder am Wochenende zum Notdienst (Tel.Nr. mitgeben)		

Die KZVB unterstützt die Zahnärzte bei der Qualitätssicherung und bei der korrekten Dokumentation. Dieses Muster finden Sie auch auf kzvb.de zum Download.